Sonder-Abdruck aus
„Monatshefte für Praktische Dermatologie."
VI. Band. 1887. Nr. 18.
Verlag von Leopold Voss, Hamburg u. Leipzig.

(5

Das seborrhoische Ekzem.

Von

P. G. Unna.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilographie des Internationalen medizinischen Kongresses zu Washington.

Es war seiner Zeit entschieden ein grofses Verdienst vom älteren Hebra, eine Reihe von Krankheitszuständen der Haut, welche bis dahin vereinzelt abgehandelt wurden, so gewisse Porrigines, Impetigines und squamöse Ausschläge, als verschiedene Stadien einer einzigen Krankheit, des chronischen Ekzems, erkannt und zusammengefafst zu haben. In der Folge ist dann der Begriff des Ekzems in der von Hebra erweiterten Gestalt mit dem des Hautkatarrhs verschmolzen, und wir sind gewohnt, alle möglichen Reizzustände der Haut, welche mit Bläschen, Jucken

und Schuppen einhergehen, und den Eindruck einer oberflächlichen Dermatitis hervorrufen, heute Ekzem zu nennen.

Ich glaube, es wird wenige Dermatologen geben, welche diesen heutigen Standpunkt der Ekzemlehre aus vollem Herzen gutheifsen. Zunächst ist es die nicht zu leugnende Thatsache, dafs es eine Reihe wohl charakterisierter Ekzeme gibt, welche bei noch so langem Bestande niemals die typischen Formen des Bläschens, der roten nässenden Fläche und schliefslich der Schuppen durchmachen, sondern von Anfang bis zu Ende entweder nur Papeln auf erythematösem Boden und später Schuppen, oder überhaupt nur Schuppen auf verdickter, geröteter Haut zeigen. Der Praktiker hilft sich in solchen Fällen mit dem Ausdruck: trockenes Ekzem, um sich den Kollegen verständlich zu machen, nicht ohne einen ironischen Seitenhieb auf unsre eigentümliche Nomenklatur, die hier wirklich an den lucus a non lucendo erinnert.

Ich lege auf diese Contradictio in adjecto keinen besonderen Wert, denn sie ist nur eine scheinbare. Beim „Ekzem“ sollte allerdings eine Feuchtigkeit aussickern, aber seitdem dieser Begriff mit dem des Hautkatarrhs identifiziert ist, braucht unser Ekzembegriff nicht weniger und mehr zu sagen als der Katarrh überhaupt. Und bei den Schleimhäuten ist es bereits lange Gebrauch geworden, von einem trockenen Katarrh so gut zu reden, wie von einem feuchten. Es ist auch in der That nicht nötig, dafs die gröfsere Durchfeuchtung der Oberhaut, die wir bei jedem Katarrh voraussetzen müssen, gerade sichtbarlich in Bläschen, Pusteln und rinnenden Tropfen zutage tritt.

Diese Erweiterung des Ekzembegriffes auf trockene Hautkatarrhe würde ich auch an und für sich, wie gesagt, gutheifsen. Aber gerade die verschiedenen von Anfang bis zu Ende trockenen, nur selten hin und wieder nässenden Formen des Ekzems sind auch in andern klinischen Symptomen so eigenartig, dafs gerade kein besonderer klinischer Scharfblick dazu gehört, hier wirklich verschiedene Krankheitstypen auszusondern, die mit Unrecht heute in die olla potrida, genannt chronisches Ekzem, zusammengeworfen werden.

Von diesen trockenen Formen ausgehend, gelang es mir denn

auch schon vor Jahren, eine Reihe wohlcharakterisierter Ekzemtypen zunächst zu meinem Privatgebrauch und zu rascher Verständigung mit meinen Assistenten und Zuhörern aufzustellen, und in einigen neueren Arbeiten habe ich bereits, so kurz wie es die sonstige Tendenz derselben gestattete, einige derselben angeführt. In meiner Privatpraxis und Klinik ist deshalb schon seit Jahren die einfache Diagnose „chronisches Ekzem“ verpönt. Ich begnüge mich nicht mit dem rein äufserlichen, bisherigen Behelf der Lehrbücher, das chronische Ekzem nach den Körpergegenden zu bezeichnen, im übrigen aber überall für ein und denselben Krankheitsprozefs, nämlich, das Ekzem, zu halten, sondern ich mache es mir und meinen Assistenten zur Pflicht, nach genauer Untersuchung und Aufnahme der Anamnese die Diagnose auf ein ganz bestimmtes Ekzem zu stellen, und ich kann Sie versichern, dafs in wenigen Monaten der Blick eines jeden Arztes, der auf die typischen Unterschiede dieser Hautkatarrhe aufmerksam gemacht ist, für dieselben so geschärft wird, dafs er diese feineren Diagnosen überall zu machen im stande ist.

Nehmen wir z. B. das Gesichtsekzem eines Säuglings, so wissen meine Schüler sehr wohl, dafs hier hauptsächlich 3 absolut verschiedene Typen zu unterscheiden sind, nämlich 1. das rein nervöse Dentitionsekzem, 2. das tuberkulöse Ekzem, 3. das seborrhoische. Wenn das Ekzem nicht schon sehr lange bestand, ehe es in Behandlung kommt, so ist diese Unterscheidung sogar meist prima vista gemacht. Eine Lokalisation an den Schleimhauteingängen des Auges, der Nase, des Mundes und der Ohren, eine Komplikation mit phlyktänulärer Keratitis, mit skrofulöser Rhinitis, mit Otorrhöe, ein grofsblasiger Typus des Ekzems mit Ödem und starker, verbreiteter Drüsenschwellung, bei fast fehlendem Juckreiz, charakterisiert das tuberkulöse Ekzem, welches Lupus und Tuberkulose prognostizieren läfst. Ist dagegen die Umgebung der Augen, der Nase und des Mundes frei, so dafs das Ekzem wie eine in der Mitte ausgeschnittene Maske das Gesicht umrahmt, so kann es sich entweder um ein Dentitionsekzem, oder um ein seborrhoisches Ekzem handeln. Das erstere tritt bei vollkommen gesunder Haut meist in der Mitte der Backen, dann auf der Stirn ganz symmetrisch und fast stets zu-

gleich auf der Radialseite beider Handrücken und Handgelenke auf, juckt ganz enorm, um so mehr, je kräftiger das Kind und je gesunder und derber noch die Oberhaut ist; es ist ganz abhängig von reflektorisch wirkenden Reizen und speziell von dem Fortschritt der Dentition, verschwindet manchmal nach dem Durchbruch einiger Zähne eben so schnell, wie es gekommen ist, um nach einigen Tagen wieder zu kehren; es erinnert an Herpes Zoster, indem auch hier eine Gruppe zunächst vereinzelter, schön geformter Bläschen auf geröteter Basis rasch aufschiefsen, unterscheidet sich aber durch die strikte Symmetrie und die Neigung zu fortwährenden Recidiven.

Ganz anders das seborrhoische Ekzem. Hier war die Haut nicht ganz gesund, sondern es ging regelmäfsig eine, wenige Wochen nach der Geburt auftretende, oft gar nicht bemerkte, aber stetig sich ausbreitende Seborrhöe des behaarten Kopfes voraus. Diese überzieht oft erst, nachdem sie einen nässenden Charakter angenommen, die Ohren, Stirn und Backen, springt, ohne die Umgebung der Augen zu berühren, auf die Augenwimpern über und breitet sich dann nach der Schulter und den Oberarmen zu in meist trockenen, fettigen Herden aus. Dieses Ekzem behält überall, auch an nässenden Stellen, seinen fettigen Charakter bei, juckt bedeutend weniger als das Detentionsekzem, aber doch mehr als das tuberkulöse, und kann sich eher als die andern beiden genannten Ekzeme zu einem universellen Ekzem ausbilden, indem es dann gewöhnlich auf die Genitalien überspringt und von hier aus Beine und Rücken überzieht.

So verschieden wie der klinische Typus, so verschieden ist die Behandlung, und deshalb ist die sofortige richtige Diagnose auch praktisch von grofsem Wert. Beim nervösen Ekzem ist die Aufpinselung von Zinkichthyolleim, eventuell als Maske mit Binden anzuraten, die das Kind nicht abkratzen kann, daneben aber die geeignete Behandlung des inneren Nervenreizes durch Bromkalium, Kalomel, Kokainbepinselung des Mundes, u. s. f. Viel radikaler ist das tuberkulöse Ekzem zu behandeln. Da das heftige Jucken fortfällt, ist eine feste Maske unnötig. Hier ist der rote Quecksilberpräzipitat und ebenfalls das Ichthyol als Zusatz zur Zinksalbe vortrefflich. Beim seborrhoischen Ekzem hilft

dagegen in allen Fällen ein Zusatz von Schwefel zur Zinksalbe oder auch von Resorcin, während Ichthyol hier nutzlos ist.

Ich möchte nun auch nicht so mifsverstanden werden, als wenn ich mich anheischig machte, in jedem Falle von chronischem Ekzem die Art desselben bestimmen zu können. Aber in 8 oder 9 Fällen von 10 gelingt dies doch, die übrigen sind solche, welche schon sehr lange bestanden haben, oder in welchen der klinische Anblick und die Anamnese gleichmäfsig wahrscheinlich machen, dafs eine Mischung zweier Ekzeme vorliegt, dafs z. B. zu einem rein nervösen Dentitionsekzem eines der beiden andern parasitären Ekzeme sich hinzugesellt hat. Auch dann noch läfst sich zuweilen während der Heilung an der Art der Wirkung der Mittel oder an einem frischen Recidiv die genauere Diagnose stellen.

An diesem Beispiele, m. H., mögen Sie erkennen, dafs man, ohne das klinische Gebiet zu verlassen, genauere Ekzemdiagnosen machen kann, als die bisher beliebten Diagnosen eines chronischen Ekzems des Skrotums, eines impetiginösen Ekzems des Nackens, eines trockenen Ekzems der Arme u. s. f. Und zugleich hat sich diese Art die Dinge anzusehen für die Praxis ungemein bewährt und den Blick für die verschiedene Wirkung unsrer Mittel sehr geschärft.

Aber als klinische Diagnosen bleiben dieselben zunächst vorläufige, d. h. sie bleiben abhängig von dem Zutrauen der Fachkollegen und dem praktischen Nutzen, welchen diese aus ihrer Annahme ziehen. Zwingende Beweise für ihre Existenz und eine genaue Abgrenzung derselben untereinander können erst erwartet werden, wenn von den parasitären Formen die Parasiten sämtlich reingezüchtet vorliegen und von den nervösen Formen die Abwesenheit des Parasitismus und ihre Abhängigkeit vom Nervensystem erwiesen ist.

Erst in dem Mafse und in der Reihenfolge, als es mir und andern gelingt, diese den klinischen Takt weit überbietenden objektiven Beweise beizubringen, werde ich es wagen, den Fachkollegen diese verschiedenen Ekzemtypen detailliert vorzulegen; und die Folgezeit wird eben lehren, ob auf diese Weise eine

befriedigende Einteilung der Ekzeme möglich ist, ob diese rein klinischen Unterscheidungen richtig inspiriert waren.

In diesem Sinne will ich Ihnen, m. H., heute etwas ausführlicher die klinische Seite eines der wichtigsten meiner Ekzemtypen vorlegen, meines Ekzema seborrhoicum.

Da dieser Begriff für mich schon lange an die Stelle des Begriffes der sog. „trockenen Seborrhöe“ getreten ist, so würde ich, wollte ich in einem Vortrage dieses Thema erschöpfen, auch in eine historische Kritik jenes auf sehr schwachen Grundlagen aufgebauten Krankheitstypus einzutreten haben. Es würde mich das viel zu weit führen, und ich mufs Sie bitten, sich in dieser Beziehung die in einer der letzten Hefte meiner Zeitschrift erschienene kritische Übersicht: „Was wissen wir von der Seborrhöe?“ anzusehen. Es genügt für den heutigen Zweck, wenn ich Ihnen kurz als Resultat meiner diesbezüglichen Studien mitteile, dafs es eine Talgdrüsenhypersekretion, welche sich klinisch als sog. trockene Seborrhöe durch Auflagerung festen Talgdrüsenprodukts geltend machte, nicht gibt. Was man bisher als Seborrhöe zusammenfafst, sind zwei ganz verschiedene Dinge. Erstlich eine wirkliche fettige Hypersekretion, die aber nicht von den Talgdrüsen, sondern von den Knäueldrüsen ausgeht. Diese Hypersekretion, die sogenannte ölige Seborrhöe, entleert sich durch die Schweifsporen nach aufsen, ist also durchaus nur als eine Hidrosis zu bezeichnen, und zwar als eine Hyperhidrosis oleosa. Trennen wir diese vollständig ab, so bleibt die Gruppe der verschiedenen sog. trockenen Seborrhöen übrig. Von diesen nehme ich wiederum die Form der Vernix caseosa aus, welche eine Sonderstellung einnimmt und nur beim Fötus vorkommt; sie ist das Produkt einer echten Hypersekretion der Knäueldrüsen, vermischt mit sich abschuppenden Hornlamellen. Und ich nehme zweitens vorläufig die sog. Pityriasis tabescentium aus, weil ich dieselbe noch nicht mikroskopisch untersucht habe. Alle andern sog. trockenen Seborrhöen, welche ich sämtlich mikroskopisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, sind chronisch entzündliche Prozesse der Haut und nichts weniger als Hypersekretionen der Talgdrüsen. Ganz besonders gilt dieses für die zur Alopecie führende Pityriasis capitis, die ich mit Hebra

als identisch betrachte mit der Seborrhoea capitis, aber nicht in dem Sinne, als wären beide Talgdrüsenaffektionen, sondern deshalb, weil ich klinisch und histologisch nachweisen kann, dafs beide nur verschiedene Formen einer ganz bestimmten entzündlichen Hautkrankheit sind, welche vermöge einer Hypersekretion der Knäueldrüsen einen abnormen Fettreichtum aufweist. Dieser Fettreichtum sitzt nicht nur, wie man gemeiniglich glaubt, in den Schuppen, sondern er durchsetzt die gesamte Lederhaut und Oberhaut, wie bei keiner andren bisher bekannten Krankheit. Die Lymphbahnen der gesamten Haut sind förmlich injiziert mit Fett, und die Produktion fettiger Schuppen ist daher eine notwendige, nicht weiter überraschende Folge. Die Herkunft dieses Fettes können nicht die Talgdrüsen sein, da dieselben nach den übereinstimmenden Resultaten von Malassez, Schuchardt und mir durchaus keine Zeichen von „Hypertrophie“ oder einer gesteigerten Thätigkeit zeigen, vielmehr durch abnorm feste Hornmassen vollständig verstopft sind. Gerade die in die Follikel eintauchenden Fortsätze seborrhoischer Schuppen, welche man bisher stets als Beweis ansah, dafs die fettigen Schuppen Produkt der Talgdrüsen seien, hätte man bei genauerer Untersuchung für das erkennen müssen, was sie sind, nämlich für die, die Follikel verstopfenden Hornmassen. Dieselben beweisen nur, dafs dieselbe entzündliche Parakeratose, welche die Oberfläche der Haut befällt, sich auch auf die Haarbalgtrichter, resp. den Talgdrüsenausführungsgang fortsetzt, und sind der schlagendste, makroskopisch-klinische Beweis für die mangelnde Thätigkeit der Talgdrüsen. Anderseits wird dieser Umstand aber auch durch das Produkt der Schuppen bewiesen, welches niemals Talgdrüsenzellen und deren Inhalt aufweist, sondern nur Hornmassen von dem Charakter, wie er allen entzündlichen Parakeratosen und Katarrhen der Haut zukommt, welche als spezifische Eigentümlichkeit aber noch einen abnorm hohen Fettgehalt aufweisen. Dafs die wahre Quelle dieses abnormen Fettgehaltes in den Knäueldrüsen zu suchen ist, kann ich durch vier histologische Momente beweisen, durch die Identität des Fettes, welches die Cutis, Oberhaut und die Schuppen durchsetzt, mit dem Knäueldrüsenfett, durch die entzündliche Veränderung, Hypertrophie und die Zeichen abnorm

gesteigerter Thätigkeit in den Knäueldrüsen, durch die Dilatation der Schweifsporen innerhalb der verdickten Hornmassen und durch die konstante Hypertrophie des normalen Knäueldrüsenprodukts in der Tiefe der Haut, nämlich des Fettpolsters.

Die genauere Ausführung aller dieser, hier nur in groben Umrissen vorgeführten Punkte mufs ich mir für eine gröfsere Arbeit über diesen Gegenstand aufsparen. Ebenfalls will ich hier nicht auf die noch nicht abschlossenen bakteriologischen Versuche eingehen, welche den parasitären Charakter des seborrhoischen Ekzems erweisen. Sondern ich begnüge mich, nachdem ich so in vorläufiger Weise den Rahmen dieser Krankheit nach aufsen hin abgesteckt, und ihr Verhältnis zu den historisch verwandten Typen beleuchtet habe, mit einer kurzen Schilderung des sehr vielgestaltigen klinischen Bildes.

Der Ausgangspunkt fast alter seborrhoischen Ekzeme mit wenigen Ausnahmen liegt auf dem behaarten Kopfe. Sehr selten beginnt die Affektion mit der entsprechenden Affektion des Augenliderrandes oder einer der bekanntlich an Knäueldrüsen reichen Kontaktstellen der Haut (Achselhöhle, Ellbeuge, Cruroskrotalfalte). Auf dem Kopfe entsteht sie meistens aus unmerklichen Anfängen, und erst eine plötzliche Verschlimmerung nach monate- oder jahrelangem Bestande, ein auffälliger Haarschwund, eine ungewöhnliche Schuppen- oder Borkenansammlung, heftiges Jucken oder endlich ein umschriebenes Nässen, ein offenbares Ekzem führt den Patienten zum Arzt. Die Affektion beginnt also als ein latenter Katarrh. Die ersten Spuren desselben äufsern sich als ein festerer Zusammenhalt der Hornschicht, die daher nicht in insensibler, sondern in sensibler Weise, d. h. in gröfseren Hornlamellen abschuppt, und weiter als eine fehlerhafte Verteilung des Hautfettes, indem die Haare durch Verschlufs der Haarbalgtrichter abnorm trocken werden, während die Oberhaut selbst, und die von ihr abschilfernden Schuppen (durch Knäueldrüsensekret) abnorm stark eingefettet werden. Von hier aus geht der Prozefs in drei Richtungen auf dem Kopfe selbst weiter. Entweder die Schuppenmassen vermehren sich einfach, bleiben aber stets weifs und nur mäfsig fettig; allmählich gesellt sich stärkerer Haarausfall dazu, und es entsteht die bekannte

charakteristische Glatze der Alopecia pityrodes, während die Kopfhaut an den kahlwerdenden Stellen immer weniger verschieblich wird. Das Schuppen läfst wieder nach, um schliefslich bei ausgesprochener Glatze ganz aufzuhören und einer Hyperidrosis oleosa Platz zu machen.

In einer andren Reihe von Fällen nimmt die Schuppenmenge so zu, dafs dieselbe während der ganzen Krankheitsdauer das Hauptsymptom darstellt. Dieselben häufen sich entweder als dicke, fettige Borken zwischen den Haaren an, welche der Haut mehr oder weniger fest adhärieren, aber doch meist ohne Blutung mit einer stumpfen Kante abzulösen sind. Oder sie umgeben bei vorwiegendem Befallensein der Haarbalgtrichter die austretenden Haare mit Manschetten aus Hornsubstanz. Die Farbe der fettigen Borken variiert von weifs durch gelb und braun bis schwarzbraun, aber die dunkle Farbe ist keineswegs ein Produkt des Alters der Schuppen und der Unreinlichkeit, sondern sie ist den einzelnen Fällen individuell verschieden, und dann im Verlaufe der ganzen Krankheit konstant. Einige Patienten, bei welchen die dann gewöhnlich feineren, fest anliegenden Schuppen die Farbe des Ohrenschmalzes, oder ein noch dunkleres Braun zeigen, beklagen sich überhaupt nur über den vermeintlichen Schmutz auf dem Kopfe, welchen sie vergeblich mit Seife zu entfernen versucht haben. Während die erste Form meistens den ganzen Kopf ziemlich gleichmäfsig befällt, findet diese zweite sich meistens an einzelnen Stellen des Kopfes stärker ausgeprägt, so dafs es hier zu hervorragenden dicken Borken kommt, welche dann auch auf einer mäfsig verdickten, hyperämischen Haut aufsitzen. Solche Prädilektionsstellen sind die Höhe der Scheitelbeine und die Hinterhauptgegend. Diese stärkere Form hat nun auch eine grofse Tendenz, den behaarten Kopf zu verlassen, und sich über die benachbarten, mit Flaum bedeckten Hautstellen auszubreiten. Der erste Vorstofs geschieht gewöhnlich an der Haargrenze der Stirn und Schläfe. Sofort, wie die Affektion hier erscheint, ist ihr Charakter auch viel deutlicher ausgeprägt als auf dem behaarten Kopfe. Sie schreitet hier mit einem scharf markierten, fast stets, manchmal sogar stark, geröteten, mit gelben, fettigen Schuppen belegten Rande fort und umsäumt die Haargrenze

guirlandenartig in einer etwa fingerbreiten Zone. Hier macht sie in vielen Fällen zunächst Halt. Es ist dieselbe Region, für welche die Syphilis und die Acne varioloiformis die bekannte Vorliebe hegt. Es gibt also auch eine Corona seborrhoica, die den Befallenen einen sehr typischen Anblick verleiht. Weiterhin zieht sich die Affektion gewöhnlich an den Schläfen über die Ohren nach dem Hals herab, oder sie springt auf die Nase und Backen über. Auch bei dieser Form konkurriert sehr häufig ein sehr beträchtlicher Haarausfall, jedoch nicht mehr oder minder als bei der ersten Form. In beiden Fällen ist die Alopecie durchaus nicht der Schuppenmenge proportional, sondern lediglich der Straffheit, mit welcher die Kopfhaut in dieser Krankheit an die Galea aponeurotica angeheftet wird.

Die dritte Form ist diejenige, bei welcher die katarrhalischen Erscheinungen am stärksten ausgesprochen sind und es zum Nässen kommt. Gewöhnlich ist es die dem Ohr zunächst gelegene Partie der Schläfengegend, in welcher sich, nachdem eine einfache Pityriasis mit Jucken, Spannung und Rötung vorangegangen, das Nässen einstellt. Die fettigen Schuppen werden abgehoben, und es tritt, wie immer beim Ekzem, die basale feuchtglänzende Hornschicht dunkelrot zutage. Bei stärkerem Nässen wird auch diese an einzelnen Stellen erodiert, so dafs hier die Stachelschicht frei liegt. Dabei geht die fettige Absonderung fort, so dafs die gebildeten Krusten immer dick, bröckelig, feucht und fettig zugleich sind. Fast immer werden bald auch die Ohren, wenigstens die äufsere Kante derselben, befallen, es tritt wie gewöhnlich Ödem, Schwellung des äufseren Gehörganges und die subjektiven Beschwerden hinzu, die jedes Ohrekzem begleiten. Während sich die nässende Form beim Erwachsenen meist vom Ohr aus auf den Hals weiter ausdehnt, schreitet sie bei Kindern, und besonders bei Säuglingen, die an Dentitio difficilis laborieren, auf die Wangen und die Stirn fort, indem die habituelle Hyperämie dieser Teile den Boden vorbereitet. Durchaus nicht immer verbreitet sich das Nässen auch über den ganzen behaarten Kopf, häufig bleibt auf dem Mittel- und Hinterkopfe eine einfache Pityriasis oder Seborrhöe, bestehen, während Hals und Gesicht das Aussehen eines Ekzema madidans bieten.

Diese drei Formen oder Grade des seborrhoischen Ekzems am Kopfe entsprechen bisher meist getrennt bearbeiteten Affektionen der Autoren. Die erste ist die gewöhnliche Pityriasis capitis, die meistens allmählich zur Alopecia pityrodes führt, die zweite ist die sog. Seborrhoea sicca capitis, die dritte umfafst eine grofse Anzahl der bisher unter dem Sammelbegriffe des Ekzema chronicum capitis unterschiedslos zusammengefafsten Affektionen, und zwar gehören von den Ekzemen der Kinderköpfe nur ganz bestimmte, oben näher charakterisierte hierher, von den Kopfekzemen der Erwachsenen jedoch die meisten, besonders fast alle der besser situierten Stände.

Indem wir das seborrhoische Ekzem jetzt auf seiner Reise um den Körper begleiten, um die ungemein verschiedenen Gestalten zu bestimmen, unter welchen es uns auf den verschiedenen Hautregionen entgegentritt, trennen wir innerhalb jeder Region am besten die genannten drei Formen derselben, die ich zum Zwecke rascher Verständigung kurz die schuppende, die borkige und die nässende nennen will.

Vom Kopfe abwärts gehend, gelangen wir an den nächsten Lieblingsplatz in der Sternalgegend. Hier findet sich fast nur die borkige Form. Viel seltener bei starker Behaarung die schuppige und noch seltener die nässende, im Zusammenhange mit einem nässenden seborrhoischen Ekzem der ganzen oberen Körpergegend. Das borkige Ekzem dieser ganzen Region ist bereits von verschiedenen Autoren als eine besondere Affektion beschrieben worden, so neuerdings noch von Colcott Fox unter dem Wilsonschen Namen Lichen anulatus serpiginosus, von den Franzosen als Ekzema marginatum. Es sieht ungemein charakteristisch aus, ich möchte sagen, es ist die zierlichste Form des seborrhoischen Ekzems. Runde oder ovale Flecke von der Gröfse eines Fingernagels stehen hier gruppenweise zusammen, zum Teil coaleszierend und dadurch zu einem etwa thalergrofsen Flecke mit polycyklischem Kontur vereinigt. Der Eindruck einer vielblätterigen, geränderten bunten Blume wird durch die nach aufsen scharf abgeschnittenen Ränder und die Farbenschattierung hervorgerufen. Jeder einzelne Fleck ist nämlich von gelblicher Farbe und besitzt nach aufsen einen ganz feinen roten Rand,

wenn nach dem Reinigen das Schüppchen dieses Randes entfernt ist. Dieses ist die gewöhnlichste Form unsrer Affektion in der Sternalgegend bei geringer Entwickelung. Man findet sie öfter dort, wo über dem Stamme etwas Fettpolster entwickelt ist und längere Haare produziert werden, als wo die Haut sehr zart, dünn und haarlos ist. Nimmt die Affektion hier gröfsere Dimensionen an, so ist die ursprüngliche Stätte in ein gelb gefärbtes, ziemlich glattes, nur mäfsig schilferndes Zentrum verwandelt, an dessen Peripherie zum Teil unregelmäfsig zerstreut, zum Teil zusammenhängend, aber immer in Form konvex nach aufsen gerichteter Bogenlinien, sich frische Eruptionen bilden, die den Charakter des ursprünglichen Herdes besitzen, also eine rote papulöse Erhebung darstellen, bedeckt mit gelblich weifsen, oder ganz gelben, bröckeligen, fettigen Schuppen. Diese letztere Form findet sich auch meist auf dem Rücken in der Interskapulargegend der Schweifsrinne des Rückens.

Wieder etwas anders stehen die Flecke in den Achselhöhlen aus, wo sie sich nebenbei durch stärkeres Jucken auszeichnen. Schuppen und Borken sind hier fast nie zu sehen, sondern nur eine rote, serpiginös fortschreitende, feine Bogenlinie. Auch die gelbe Farbe des Zentrums hebt sich hier kaum ab. Diese übrigens seltenere Lokalisation zeigt manchmal eine Steigerung zur nässenden Form, wobei sich dann das Ekzem gewöhnlich rasch über den Thorax verbreitet.

Von der Schultergegend steigt das seborrhoische Ekzem fast immer in der borkigen, selten der nässenden Form auf die Arme herunter. Auch hier zeigt es eine besondere Vorliebe zu den Beugeseiten, obwohl es die Streckseiten nicht verschont. Aber im strikten Gegensatz zur Psoriasis bildet der Ellbogen durchaus keine Prädilektionsstelle. Gewöhnlich ist er sogar ganz frei, nur bei universeller Ausbreitung wird er, immer erst sekundär, mitbefallen. Diese Vorliebe für die Beugeseiten und Kontaktstellen erklärt sich aus der Rolle, welche die Knäueldrüsen beim Ekzema seborrhoicum spielen.

Die Handrücken sind wieder ein Lieblingssitz der nässenden Form, besonders die Rückseiten der Finger. Es ist eine ungemein häufige Kombination, dafs von einem borkigen seborrhoischen

Ekzem des Kopfes ein nässendes der Ohren und des Gesichtes, und dann sofort mit Überspringung des Rumpfes und der Arme ein nässendes Ekzem des Hand- und Fingerrückens ausgeht. Sehr selten zeigen Arme und Hände das einfach schuppige Ekzem in der Form flacher, gelblicher, juckender und schuppender Flecke. Ganz besondere Gestalt nimmt dagegen wieder die Affektion an den Handtellern und Fufssohlen an, wenn sie hier sich — wie es allerdings selten vorkommt — lokalisiert. Dafs sie hier überhaupt auftritt, ist allein schon ein strikter Beweis, dafs sie von den Talgdrüsen ganz unabhängig ist. Anstatt zusammenhängender Flächen und serpiginöser Kreise finden wir hier einzelnen Knäueldrüsen entsprechende, erbsen- bis kirschgrofse Schuppenhügelchen, welche einer Psoriasis guttata ähnlich sehen. Bei der Abheilung dieser Stellen, die ungemein langsam vor sich geht, schilfert die Hornschicht in gröfserem Umfange ab, und die Hand- und Sohlenfläche nimmt ein landkartenartiges Aussehen an. Hier kommt es niemals zum Nässen. Ich habe diese Lokalisation ganz isoliert mit der schuppigen und borkigen Form des behaarten Kopfes und weniger Stellen am übrigen Körper gesehen, wie anderseits bei universellem Ekzema seborrhoicum des Körpers vom Scheitel bis zur Sohle.

Am unteren Teile des Rumpfes, auf dem Gesäfse und den Hüften sehen wir meistens allein die borkige Form in Ringen und Gyris serpiginös fortschreitend, mit Hinterlassung gelblicher, später bräunlich pigmentierter Flecke. In der Analgegend findet sich wieder die zierlichere Gestalt der Kreise und Ringe, wie wir sie vom Sternum und der Axilla her kennen. Die Cruroskrotalfalte und die anliegende Partie der Oberschenkel und des Hodensacks ist dagegen ein Lieblingssitz der gröberen borkigen Ringe und stellt daher eine, nicht seltene Art des sog. Ekzema marginatum Hebrae dar, unter welchem Begriffe gewifs eine ganze Reihe verschiedener Pilzkrankheiten heutzutage zusammengeworfen wird. Am Hodensack geht die borkige Form bei längerem Bestande so gut wie regelmäfsig in die nässende über. Die Oberschenkel sind, wie auch der untere Teil des Rumpfes, seltener Sitz der Erkrankung und partizipieren nur bei universeller Ausbreitung mit einigen Flecken. Ebensowenig bilden die

Streckseiten der Knie einen Anziehungspunkt für unser Ekzem. Dagegen kommt es wieder häufiger vor in den Kniebeugen und vorzüglich am Unterschenkel. Hier finden wir im Beginne der Affektion stets nur die grofspapulöse, grobborkige Form, welche hier aber mehr Platten und münzenförmige Flecke als Ringe bildet, bei längerem Bestande pflegt jedoch die nässende Form nicht auszubleiben, besonders bei der Komplikation mit Varicen. Sehr selten finden sich vereinzelte Flecke am Fufsrücken. Die Fufssohlen leiden nur gleichzeitig mit den Handtellern und in völlig analoger Weise.

Mit Willen habe ich die Beschreibung des seborrhoischen Ekzems im Gesicht bis zuletzt aufgespart, nachdem wir die Hauptformen am Körper haben Revue passieren lassen. Denn hier finden sich noch einige ganz besondere Eigentümlichkeiten. Die schuppige Form tritt bei Vorhandensein eines Bartes als diffuse Pityriasis einerseits, anderseits aber auch als umschriebene, etwas gerötete, stärker juckende Flecke in Schnurr- und Backenbart auf. Haarausfall folgt hier nie, auch bei noch so langem Bestande, da die straffe Anheftung der Cutis hier ja fehlt. Bei Frauen ist die diffus schuppige Form selten, kommt aber hin und wieder vor in Form einer feinen Abschilferung und leicht gelblicher Verfärbung der Stirn und seitlichen Wangenpartien. Meist finden wir hier umschriebene, schuppige, gelbliche, oder graugelbliche, leicht erhabene Flecke, welche oft nur bei guter seitlicher Belichtung sichtbar sind, und von den Patientinnen meist selbst übersehen werden, obgleich sie an diesen Stellen hin und wieder Jucken zu haben angeben. Diese Flecke okkupieren meist die Stirn, die Backen bis zur Nasolabialfurche, und ziehen sich von dort auf die seitlichen Teile des Halses herab.

Häufig begegnen wir auch einer stärker entzündlichen Form des seborrhoischen Ekzems im Gesichte, und dies fast regelmäfsig da, wo, wie im Klimakterium, Blutwallungen nach dem Gesichte stattzufinden pflegen. Hier siedeln sich im Gefolge einer jeden stärkeren Erhitzung eine grofse Anzahl feiner und gröfserer roter Papeln auf Stirn, Nase und Wangen an. Die kleinsten sind von der Gröfse eines Senfkornes und rund; die gröfseren etwa erbsengrofs und mit zackigen, unregelmäfsigen Ausläufern versehen.

Diese roten Papeln sind schuppenlos oder mit feinen gelblichen Schuppen versehen, jenachdem Waschungen vorgenommen oder vermieden werden. Zwischen den Papeln rötet sich die Haut und es besteht ein beständiges leises Brennen an dieser mittleren Partie des Gesichts. Allmählich entwickelt sich, wenn nicht künstliche Heilung herbeigeführt wird, aus diesen Anfängen eine regelrechte Rosacea, und zwar die von mir als ekzematös bezeichnete Form. Das Ekzema seborrhoicum ist bei den Frauen eine der häufigsten Ursachen der Rosacea überhaupt, und viele Fälle von Rosacea bessern sich sofort, sowie das verursachende Ekzema seborrhoicum des behaarten Kopfes geheilt wird. Übrigens ist auch bei Männern häufig der Alkoholgenufs nur die disponierende, entferntere, ein übersehenes Ekzema seborrhoicum des Kopfes die nähere, direkte Ursache der Rosacea.

Ungemein selten ist bei jüngeren Leuten die grobborkige Form im Gesichte. Doch kommt sie als ein fettig bröckeliger, schwer abzuhebender, gelber, brauner, ohrenschmalzähnlicher Belag auf umschriebenen Stellen der Wangen, Nase und Stirn vor und ist mit ziehenden Schmerzen in diesen Teilen verbunden. Viel häufiger und in schmerzloser, schleichender Weise entstehen solche seborrhoische Flecke bei alten Leuten um Mund und Nase herum und geben bekanntlich den Ausgangspunkt für Karcinome (Volkmanns seborrhagische Karcinome) her.

Endlich neigt das Gesicht auch zur nässenden Form des Ekzema seborrhoicum, und zwar besonders, wie wir schon gesehen haben, bei Kindern, sehr viel seltener bei Erwachsenen, und hier wohl nur im Zusammenhange mit einem nässenden Ekzem des ganzen Kopfes und Halses. Das Jucken bei diesem Ekzem ist unbedeutend, Bläschen sind nie vorhanden, sondern nach Abhebung der fettigen Borken ist sofort das Ekzema rubrum etabliert, welches durch das schuppende Stadium, wie gewöhnlich, abheilt. Bei interkurrenten Verschlimmerungen des Ekzems treten auf der nässenden Fläche Schübe von zuerst stark juckenden, frischen Papeln auf. Auch bei stärkerer Ausbildung dieser Form bleibt Nase und Mund vom Nässen fast immer verschont.

Es erübrigt noch ein Wort über das seborrhoische Ekzem

der Augenlider und des Gehörganges. In den Meibohmschen Drüsen etabliert sich dieses Ekzem so gut wie in den Knäueldrüsen und ist von besonderer Hartnäckigkeit. Gerade diese Lokalisation bildet beim Mangel jeglicher Affektion des behaarten Kopfes den Ausgangspunkt eines sich weiter verbreitenden Ekzema seborrhoicum. In den meisten Fällen ist aber schon vorher die Affektion am Kopfe aufgetreten, und es wäre stets wichtig für den Hausarzt sowohl wie für den Augenarzt, diese Quelle der Augenaffektion zu kennen, da ohne ihre Berücksichtigung eine dauernde Heilung der Augenaffektion nicht zu erzielen ist. Die Borken bei dieser Ekzemform der Augenlider sind trocken fettig, nur selten kommt es zum Schwund der Cilien, welche sich allerdings rascher hären. Häufig besteht eine konkomitierende, durch die Lidaffektion unterhaltene Conjunctivitis chronica palpebrarum.

Im Gehörgange kommen alle drei Formen vor. Bei irgendwie erheblichem Ekzema seborrhoicum des Kopfes besteht fast immer ein einfaches Schuppen des Gehörganges, welches mit Trockenheit und Jucken einhergeht. Regelmäfsig ist eine abundante feste Absonderung der Knäueldrüsen des Gehörgangs, d. i. der Ohrenschmalzdrüsen, dabei vorhanden. Die borkige seltenere Form geht gewöhnlich bald in die nässende über.

Die Nägel werden nur selten vom seborrhoischen Ekzem befallen und zeigen dann eine von vorn nach hinten schreitende, die Nagelplatte abhebende Hyperkeratose des Nagelbettes, wie andre Pilzkrankheiten.

Wenn ich nun noch erwähne, dafs an behaarten Stellen, vorzüglich auf dem Kopfe, das seborrhoische Ekzem hin und wieder Veranlassung zur Produktion richtiger, spitzer Warzen, spitzer Kondylome gibt, so habe ich so kurz wie möglich die ungemein verschiedenartigen Krankheitsbilder dieser einen, höchst versatilen Affektion vorgeführt und wende mich nun zum ganzen Habitus, zum Verlaufe der Krankheit.

Das Ekzema seborrhoicum schreitet stets langsam peripherisch weiter, nachdem es am Orte seines Ursprungs oft jahrelang unter geringen Symptomen bestanden hat. Da dieser Ort meist der behaarte Kopf ist, so resultiert daraus in weitaus den meisten Fällen ein Gang der Krankheit von oben nach unten,

vom Kopf über die Ohren und das Gesicht abwärts zum Halse, von hier nach dem Sternum und der Interskapularrinne und an den Armen hinunter. Auch die rascher sich verbreitenden Fälle bleiben hier lange stehen, und diese Aussaat der Krankheit von oben nach unten mit Bevorzugung der genannten Punkte der oberen Körperhälfte ist so charakteristisch, das sie für das Ekzema seborrhoicum geradezu als pathognomonisch gelten kann. Kein andres Ekzem und keine Psoriasis hält diesen Gang ein. Unter abwechselnden spontanen und künstlich herbeigeführten Remissionen breitet sie sich dann langsam, mit sichtlicher Vermeidung der für Psoriasis so charakteristischen Kniegegend, nach unten weiter aus. Meistens bleiben gröfsere Hautstrecken von der Affektion frei, so dafs bei der Neigung derselben zur Scheiben- und Ringform ein sehr buntscheckiges Aussehen entsteht. Dieses hört erst wieder auf in jenen seltenen Fällen, wo nach jahrelangem Bestande buchstäblich der ganze Körper überzogen wird. Dann erinnert die Affektion an eine Pityriasis rubra, unterscheidet sich aber aufser durch den verschiedenen Geruch auf den ersten Blick durch die Dicke, die gelbe Farbe, die Bröckeligkeit und Fettigkeit der Schuppen, weiterhin auch durch ihre Benignität.

Denn selbst in diesen Fällen ist das Allgemeinbefinden nicht mehr gestört als bei universellen Ekzemen überhaupt, und sie enden bei zweckmäfsiger Behandlung nach noch so langem Bestande regelmäfsig in Genesung. Das Ekzema seborrhoicum ist auch dadurch gutartig, dafs es relativ wenig juckende Empfindungen hervorruft. Bei der schuppenden und borkigen Form spüren die Patienten eigentlich nur Jucken und hin und wieder auch Schmerzen an der Peripherie der Flecke, solange dieselben fortschreiten, bei der nässenden Form fast nur, wo frische Papeln aufschiefsen. Die Lymphdrüsen sind nicht notwendig intumesziert. Ich halte es sogar für möglich, dafs ihre Schwellung die Folge von Sekundärinfektionen ist, da ich immer nur die Nackendrüsen und die Inguinaldrüsen geschwollen fand und die Intumeszenz überhaupt häufig vermifste.

Für die Differentialdiagnose kommen hauptsächlich andre chronische Ekzeme und die Psoriasis in Betracht. Ein nässendes chronisches Ekzem irgend welcher Provenienz ist von dem

nässenden seborrhoischen Ekzem nicht anders mit Sicherheit zu unterscheiden, als durch die charakteristischen schuppenden und borkigen Scheiben an der Peripherie und durch die seborrhoische Ursprungsstätte, resp. den Gang der Affektion, denn die besten Charakteristica, die fettigen Borken, die Konfiguration der Scheiben und Kreise, fallen dann ja fort. Für die richtige Behandlung ist diese Erkenntnis aber sehr wichtig. Typische Fälle von universellem, borkigem Ekzema seborrhoicum von universellen Psoriatiden zu unterscheiden, ist nicht schwer. Aber doch treten manchmal bedeutende Schwierigkeiten auf, besonders bei der Differenziierung beider Krankheiten auf den unteren Extremitäten in alten Fällen. Diese Schwierigkeiten werden auch bestehen bleiben, wenn die Kenntnis des seborrhoischen Ekzems eine allgemeine geworden ist. Bis jetzt liegt die Sache freilich anders, und man kann sagen, dafs geradezu fast alle Fälle von universellem, borkigem Ekzema seborrhoicum, unter der falschen Etikette Psoriasis umhergehen und geheilt werden. Ich stütze dieses Urteil nicht auf die Diagnosen von Hausärzten, sondern ich habe in meiner Klinik Gelegenheit gehabt, Patienten an dieser Krankheit zu behandeln, bei denen früher die Diagnose Psoriasis von Fachkollegen gestellt wurde, die ich selbst als Meister in unsrer Kunst verehre. Ich kann deshalb auch nebenbei bezeugen, dafs diese Affektion ebensogut in Rufsland, Skandinavien, England, Holland, Frankreich und Nord-Amerika blüht, wie in Deutschland. Ich glaube mich daher nicht zu irren, wenn ich sage, dafs bei gründlicher Kenntnisnahme des Ekzema seborrhoicum nicht nur ein Teil der Ekzeme genauer erkannt und rascher geheilt, sondern auch ein grofser Teil psoriasisähnlicher Exantheme von der echten Psoriasis abgetrennt werden und einer günstigeren Beurteilung unterliegen wird.

Deshalb ist die Differentialdiagnose zwischen unserm Leiden und der Psoriasis so wichtig. Aufser verschiedenen geringfügigen Momenten sind hier vor allem stets die vier Hauptpunkte eingehend zu berücksichtigen. Erstens: der Gang unsers Ekzems von oben nach unten, meist in der Mitte des Körpers stationär bleibend, bei der Psoriasis die Ausbreitung von Ellbogen und Knieen aus in mehr plötzlicher Weise über den ganzen Körper.

Zweitens: die nie fehlende Vorgeschichte einer oft heimlich und ganz unbekannt verlaufenen seborrhoischen Lokalaffektion. Drittens: der nie fehlende Faktor der Fettbeimischung, der sich in zwei Momenten auspricht, in dem bekannten, fettig bröckeligen Charakter der Schuppen und in der gelblichen Farbe der ganzen Affektion. Viertens: die eigentümliche Konfiguration der Einzeleffloreszenz im Fortschreiten derart, dafs die dicken Scheiben spontan in der Mitte oder nach einer Seite hin sich abflachen, ihr Rot sich in Gelb, die schuppige Oberfläche sich in eine glatte verwandelt, um plötzlich am Rande wieder in einen erhabenen, roten, schuppenbelegten, bogenförmigen Wall überzugehen. Deshalb ist nun die Differentialdiagnose an den Unterschenkeln gerade so schwierig, weil hier sehr oft die Scheiben in der Mitte nicht einsinken, und das cyanotische Blau aller Unterschenkelaffektionen das spezifische Gelb der Affektion kompensiert. Man stelle also seine Diagnose nach den Effloreszenzen des Oberkörpers.

Aus diesen differentialdiagnostischen Bemerkungen geht hervor, dafs die genaue Diagnose hier auch für die Prognose und Therapie eine grofse Bedeutung besitzen mufs. Und in der That ist die Prognose des seborrhoischen Ekzems wesentlich günstiger als die der Psoriasis. Wir kennen eben die Ursprungsstätte, und diese ist unsern lokalen Mitteln leicht zugänglich. Wenn daher ein noch so schlimmes seborrhoisches Ekzem geheilt ist, so haben wir in der Pflege des Haarbodens, oder eventuell der Augenlider ein sicheres Vorbeugungsmittel gegen einen Rückfall der Erkrankung der übrigen Haut. Schon oft war es mir möglich, auf diesem Wege die Prognose einer bis dahin für Psoriasis und unheilbar gehaltenen Hautkrankheit in eine absolut gute umzugestalten. Wo immer man bei einer universellen Psoriasis Knie und Ellbogen relativ oder ganz frei, die Schuppen gelblich fettig findet, da sollte man sofort Verdacht auf eine nicht richtige Diagnose schöpfen und instinktiv mit Auge und Hand den Haarboden untersuchen.

Damit ist aber nicht gesagt, dafs die Heilung des seborrhoischen Ekzems immer eine leichte Sache sei. Sie ist es schon deshalb nicht, weil bei ihr wesentlich die tiefliegenden Knäuel-

drüsen ergriffen sind, und verlangt oft grofse Konsequenz. Aber wir haben eine Reihe vorzüglicher Mittel gegen dasselbe. Allen voran stelle ich den Schwefel, der fast ein Spezifikum vorstellt. Mit Zink in Form von Salben, Salbenmullen, Pasten und Leimen ist er für die nässende Form das empfehlenswerteste, weil am raschesten wirkende Mittel. Gegen die schuppige und borkige Form wirkt der Schwefel auch gut, noch rascher aber Chrysarobin, Pyrogallol und Resorcin, während Ichthyol hier dem Schwefel weit nachsteht. Sodann haben sich mit den obigen reduzierenden Mitteln in Kombination Salicylsäure und Borsäure bewährt. Dagegen wirken hier die Hebrasche Salbe und die Teerpräparate nur ungenügend. Selbst bei der nässenden Form ist die Zinkschwefelsalbe der Bleisalbe weit vorzuziehen.

Innerliche Mittel habe ich selten nötig gehabt. Von andern Ärzten verschriebenes Arsenik fand ich beim seborrhoischen Ekzem nicht ganz so prompt wirkend, wie bei Psoriasis, obgleich auch hier eine gute Wirkung unverkennbar ist. Da jedoch die lokale Prophylaxis der Ursprungsstätte die Hauptrolle nach der Heilung der Hautkrankheit spielt, so bin ich nicht sehr für die Arsentherapie eingenommen, denn sie führt doch dazu, dafs die Patienten die prophylaktische Haut- und Haarpflege vernachlässigen, ohne welche auch der Arsenik die Recidive nicht verhindert.

Druck von J. F. RICHTER Hamburg, gr. Bleichen 33.